1923
Lane Medical Library

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde

über die

Sarkome der Zunge und der Tonsillen mit einer Vergleichsstatistik über die Epulis sarcomatosa.

Der Hohen Medizinischen Fakultät

der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Max Schmidt,
cand. med. dent.

Halle a. d. S. 1923.

Das primäre Sarkom der Zunge ist eine recht selten beobachtete Erscheinung; in einem Zeitraum von 30 Jahren sind in der Literatur nur 34 einwandfreie Fälle angegeben. Im Gegensatz zum Carcinom, das mit Vorliebe das mittlere Alter betrifft, ist das Sarkom an kein bestimmtes Alter gebunden; die Kasuistik verteilt die einzelnen Fällen wie folgt:

Im ersten Lebensjahr	2 Fälle
im 1. — 10. „	2 „
„ 11. — 20. „	5 „
„ 21. — 30. „	6 „
„ 31. — 40. „	7 „
„ 41. — 50. „	1 „
„ 51. — 60. „	4 „
„ 61. — 70. „	3 „
„ 71. — 80. „	2 „

Bei 2 Fällen fehlte die Altersangabe.

Während das Zungencarcinom vor dem 30. Jahre nur selten beobachtet wird und seine größte Häufigkeit im 50. — 60. Jahre hat, sehen wir über die Hälfte der Sarkomfälle in die ersten drei Jahrzehnte fallen. Einen Fall nur finden wir im Zeitraum vom 40. — 50. Jahre, eine Lebensspanne, in der das Carcinom seine Hauptopfer zu verlangen pflegt. Auf die Geschlechter ist das Zungensarkom fast gleichmäßig verteilt. Als Grund für den Beginn eines Sarkoms finden wir verschiedene Einwirkungen angegeben; Mikulicz beschreibt einen Fall, in dem das Reiben an cariösen Zähnen als auslösend angesehen wird, Dunhamm und Tisk schreiben dem starken Rauchen einen ätiologischen Reiz zu. Ebenso sind Zungenbisse oder Verbrennungen, deren Ulcerationen später in ein Sarkom ausgeartet sind, verzeichnet; endlich Fremdkörper wie Fischgräten und Getreidegranen.

Der Sitz des Zungensarkoms kann in allen Teilen der Zunge sein; nach Scheier ist der Hauptsitz an der Zungenbasis zu finden, während Marion dem widerspricht und keine besondere Prädilektionsstelle finden kann, es sei denn, daß die linke Seite mehr betroffen sei, als die rechte. Der immerhin häufige Sitz der Zungensarkome in den hinteren Zungenpartien ist abweichend von den Beobachtungen, die über das Vorkommen des Zungenkrebses gemacht sind.
Die Größe schwankt zwischen Linsen- und Orangengröße, Erscheinungen, die sich aus dem oft beschwerdefreien Wachstum dieser Tumorart erklären; schwierig ist die Unterscheidung der infiltrierend wachsenden Sarkome vom gesunden Gewebe, da in den meisten Fällen die Schleimhaut undurchbrochen und ohne ulceriert zu sein über den Tumor fortzieht.

Die mikroskopischen Befunde betrachten wir am besten übersichtlich, wenn wir die beiden Formen der Sarkome, die interstitielle von der gestielten, trennen.

Unter 24 interstitiellen Sarkomen finden wir:

10 Rundzellensarkome	3 gemischtzellige Sarkome
10 Spindelzellensarkome	1 Fibrosarkom

Unter 10 gestielten Sarkomen finden wir:

4 Spindelzellensarkome	1 Myxosarkom
2 Fibrosarkome	1 Angiosarkom
1 Rundzellensarkom	1 Adenosarkom.

Für die Diagnose finden wir keineswegs immer eindeutige Zeichen, wir haben kein spezifisches Charakteristikum für das Bestehen eines Zungensarkoms; wie schon erwähnt liegen die Carcinome meist an der Zungenspitze. Makroglossie, Lymphocavernome, Fibrome rein entzündliche Erscheinungen, endlich Lues und Leukämie können zu Verwechslungen Anlaß geben. Das sicherste Moment für die Diagnose bleibt immer die Probeexcison.

Der Verlauf der Zungensarkome ist ein recht verschiedener; als höchstes Alter für einen rapiden Verlauf finden wir einen von Butlin angegebenen Fall im 40. Jahre. Die Aussichten auf Heilung sind besser wie beim Carinom, zumal die Spindelzellensarkome wenig zu Drüsenmetastasen neigen.

Maligne Neubildungen der Tonsillen sind keine Seltenheiten, und Sarkome können dank des anatomischen Baues der Tonsille entweder vom Bindegewebe der Submucosa oder vom lymphatischen Gewebe herrühren; da die Beschwerden selten zu den Frühsymptomen

gehören, ist es wichtig, die subjektiven und objektiven Erscheinungen zu erkenen, um zu einer Frühdiagnose zu gelangen; wir können unterscheiden zwischen extrabuccalen und intrabuccalen Beschwerden. Ohrenschmerzen sind als Reflexerscheinungen zu betrachten; die regionären Lymphdrüsen sind fast regelmäßig geschwollen, seltener kommt es zu einer Kieferklemme.

Die Dauer der Erkrankung vom ersten Bemerktwerden bis zum Tode betrug in jenen Fällen, die nicht operiert wurden, durchschnittlich 2 Jahre. Die Diagnose wird zwischen Hypertrophie, Absceß, Actinomykose und Lues besonders zu unterscheiden haben. Polland gibt das allgemeine Aussehen des Ulcus, seinen grauen Grund, das Fehlen von Drüsenschwellungen gerade am Kieferrand als bezeichnend für Lues an.

Eine medikamentöse Behandlung kommt nur in Betracht, wenn man genötigt ist, infolge allgemeiner Cachexie des Patienten von einer Operation abzusehen.

Zum Schluß möchte ich kurz einiges Statistische über die Epulis sarcomatosa berichten:

480 Fällen bei Frauen (72 %) stehen 185 Fälle bei Männern (28 %) gegenüber;

192 Fällen des Oberkiefers (46 %) stehen 224 Fälle des Unterkiefers (54 % gegenüber).

Im	Alter	von	1—10 Jahren	wurden	53	Fälle	beobachtet	=	9 %,
„	„	„	10—20	„ „	106	„	„	=	18 „ ,
„	„	„	20—30	„ „	128	„	„	=	24 „ ,
„	„	„	30—40	„ „	132	„	„	=	25 „ ,
„	„	„	40—50	„ „	81	„	„	=	14 „ ,
„	„	„	50—60	„ „	37	„	„	=	6 „ ,
„	„	„	über 60	„ „	27	„	„	=	4 „ .